



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Föräldrars upplevelser av stöd från sjuksköterskan inom barnhälsovården

-En intervjustudie

Författare: Lina Eklund och Sofia Fröberg

Handledare: Ann-Cathrin Jönsson

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Föräldrars upplevelser av stöd från sjuksköterskan inom barnhälsovården

## -En intervjustudie

Författare: Lina Eklund och Sofia Fröberg

Handledare: Ann-Cathrin Jönsson

Magisteruppsats

Hösten 2014

## Abstrakt

De flesta föräldrar i Sverige går till barnhälsovården med sitt barn från att det är nyfött. Det gör att sjuksköterskan i barnhälsovården har stor möjlighet att stötta föräldrar i deras tilltro till sin förmåga som förälder vilket kan hjälpa föräldern att skapa goda förutsättningar för sina barn.

Syftet var att beskriva föräldrars upplevelse av stöd från sjuksköterskan i barnhälsovården.

Studien är en kvalitativ intervjustudie där 12 föräldrar intervjuades. Intervjuerna transkriberades och analyserades med innehållsanalys.

Två huvudkategorier och sju underkategorier framkom. Kategorin *Att känna förtroende för sjuksköterskan* belyser föräldrarnas behov av att känna tillit till sjuksköterskan och hur sjuksköterskans kunskap och bemötande kunde påverka detta. I kategorin *Att få stöd i föräldrarollen* beskrivs behovet av stöd och vägledning från sjuksköterskan och andra sociala kontakter.

Föräldrar behöver flera typer av stöd i föräldrarollen. För att bistå föräldern på bästa sätt behöver sjuksköterskan vara medveten om vilket stöd som föräldrar behöver.

## Nyckelord

Barnhälsovård, förälder, trygghet, omvårdnad, stöd, "tilltro till sin förmåga"

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Medicinska fakulteten  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problembeskrivning .....	2
Bakgrund .....	3
Teoretisk referensram .....	3
Barnhälsovård .....	4
Olika perspektiv på sjuksköterskans roll inom barnhälsovården .....	4
Att vara förälder .....	6
Stöd .....	7
Syfte .....	7
Metod .....	7
Urval .....	8
Instrument .....	8
Datainsamling .....	9
Databearbetning .....	11
Etisk avvägning .....	12
Resultat .....	12
Att känna förtroende för sjuksköterskan .....	13
Trygghet i relationen till sjuksköterskan .....	13
Sjuksköterskans bemötande .....	15
Sjuksköterskans tillgänglighet .....	16
Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet .....	17
Att få stöd i föräldrarollen .....	18
Sjuksköterskan som skydds nät .....	18
Sjuksköterskan som vägledare .....	20
Stöd genom social samvaro .....	21
Diskussion .....	22
Metoddiskussion .....	22
Resultatdiskussion .....	26
Konklusion och implikationer .....	30
Referenser .....	31
Bilaga 1 (1) .....	34
Intervjuguide .....	34

# Introduktion

## Problembeskrivning

Under 2012 föddes ca 112 000 barn i Sverige (Socialstyrelsen, 2013). En nybliven förälder ställs inför en ny livssituation med mycket känslor. Föräldern utsätts dagligen för stress (Cooklin, Giallo & Rose, 2011) och upplever ofta trötthet (Häggman-Laitila, 2002). Detta leder till behov av stöd. Stödet kan komma från partnern, mor- och farföräldrar, syskon och vänner, men även barnhälsovården (Biehle & Mickelson, 2011; Tarkka, Paunonen och Laippala, 2000). En finsk studie har funnit att det viktigaste stödet kom från den nyblivna moderns partner men att sjuksköterskan inom barnhälsovården också var ett viktigt stöd när det gällde att fatta beslut angående barnet (Tarkka et al., 2000).

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008) beskriver att i sjuksköterskans verksamhetsområde ingår barnhälsovård, exempelvis genom arbete på barnvårdscentral. Inom barnhälsovården arbetar distrikts- och barnsjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2014). Sjuksköterskan inom barnhälsovården möter de allra flesta småbarnsföräldrarna i Sverige (SOU 2008:131).

I en svensk observationsstudie framkom att sjuksköterskan sätter agendan vid besöken på barnhälsovården (Baggens, 2001). Föräldrarna fick litet utrymme att forma besöket efter sina behov eftersom sjuksköterskan styrdes av barnhälsovårdsprogrammet och mycket tid gick åt till att prata kring barnets fysiska och psykomotoriska utveckling (a.a.).

Flera studier belyser stödbehovet hos föräldrar (Biehle & Mickelson, 2011; Häggman-Laitila, 2002; Tarkka, Paunonen & Laippala, 2000). Idag finns det i Sverige utarbetade stödprogram för föräldrar med barn, bland annat mammagrupper, öppna förskolor samt ideella verksamheter (SOU, 2008:131). Enligt lagar och riktlinjer ska sjuksköterskan ge god och säker vård och tillgodose patientens behov (SFS 1982:763; Socialstyrelsen, 2005). Genom att stödja föräldrar i deras roll ökar barnets säkerhet. Då sjuksköterskan inom barnhälsovården har en stödjande funktion behövs ökad kunskap om föräldrarnas upplevelse av det stöd de får från sjuksköterskan inom barnhälsovården.

## Bakgrund

### *Teoretisk referensram*

Upplevd self-efficacy innebär den upplevelse av tilltro som en person har till sin egen förmåga (Bandura, 1997). Self-efficacy ska inte förväxlas med självförtroende då self-efficacy är kopplat till specifika situationer. Personer med hög self-efficacy har lättare för att hantera utmaningar och nya händelser i livet. Personer med låg self-efficacy behöver hjälp att övervinna sina rädslor. Det kan ske genom att personen får träffa andra som personen har något gemensamt med och se att de har lyckats. Ett annat sätt att stötta kan vara genom stödjande rådgivning för att få insikt om vad som kan förväntas framöver. Det kan även göras genom att uppmuntra personen verbalt och övertyga personen att hen klarar av att utföra det som ska göras (a.a.).

Parenting self-efficacy innebär upplevelsen av tilltro till sin egen förmåga som förälder (Bandura, 1997). Detta har identifierats som en rad egenskaper för att hantera föräldraskapet, som personliga övertygelser, kapacitet och förmåga att organisera och genomföra åtgärder (a.a.). Av en amerikansk studie med syfte att undersöka förstagångsföräldrars parenting self-efficacy framkom att båda föräldrarna kunde stötta varandra i den nya rollen som förälder (Biehle & Mickelson, 2011). Om en förälder kunde hantera uppgifter kopplade till barnet och föräldrarollen väl, kunde det stärka den andra föräldern som kunde känna en trygghet i att allt föräldraansvar inte låg enbart på den ena parten. Verbal uppmuntran var ett sätt att stärka mammornas parenting self-efficacy men inget samband för detta sågs för papporna. Pappornas parenting self-efficacy kunde påverkas av vilket känslomässigt stöd de fick av sin partner. Det kunde även påverkas av hur mycket modern lekte med barnet. Om modern lekte mycket med sitt barn kunde fadern känna att han inte fick tid med barnet och därmed kunde han känna lägre parenting self-efficacy (a.a.). Fortsättningsvis kommer self-efficacy att benämnas som tilltro till sin förmåga.

## *Barnhälsovård*

Enligt Socialstyrelsen (2014) är barnhälsovårdens uppgift att främja barns hälsa och utveckling samt att förebygga och åtgärda ohälsa. Barnhälsovården ska även tidigt upptäcka problem med barnets utveckling, hälsa och uppväxtmiljö och vidta adekvata åtgärder vid behov. Barnhälsovården kan uppmärksamma problem inom dessa områden, exempelvis genom hälsoövervakning. Vid upptäckten av ett problem, ska barnhälsovården även kunna erbjuda individuellt anpassade insatser för barnet och dess familj. Konkret är barnhälsovårdens uppgift att arbeta med bland annat hembesök, vaccinationer, hälsoövervakning, screening, och föräldrastöd, både individuellt och i grupp (a.a.).

I Sverige är det landstingen som är huvudmän för barnhälsovården (Socialstyrelsen, 2012). Landstingen inklusive de motsvarande privata vårdgivarna har olika medicinska barnhälsovårdsprogram och på grund av att det har saknats nationella riktlinjer under en längre tid skiljer sig innehållet och utformningen av de medicinska barnhälsovårdsprogrammen mellan de olika vårdgivarna (Magnusson, Lindfors & Tell, 2011).

### *Olika perspektiv på sjuksköterskans roll inom barnhälsovården*

Inom barnhälsovården arbetar sjuksköterskor med specialistutbildning som distriktssköterska eller med inriktning barn och ungdom (Socialstyrelsen, 2014). En viktig uppgift för sjuksköterskan inom barnhälsovården är att aktivt arbeta med att ge stöd till föräldrar samt stärka deras tilltro till den egna förmågan (SOU, 2008:131). En enkätstudie genomfördes i Finland med syfte att undersöka vad mödrar till åtta månader gamla barn ansåg var till hjälp för att klara av att ta hand om sitt barn (Tarkka et al., 2000). Studien visade att stöd och hjälp kring beslutsfattande gällande barnet inom barnhälsovården var viktigt för modern. Även känslomässigt stöd från sjuksköterskan hade betydelse för modern (a.a.). När det undersöktes vad sjuksköterskor inom barnhälsovården trodde att nyblivna föräldrar förväntade sig av dem, ansåg sjuksköterskorna att föräldrarna hade behov av emotionellt stöd och uppskattning, dock berörde de inte moderns förväntningar på praktiskt stöd (Fägerskiöld, Wahlberg & Ek, 2000). En tillitsfull relation mellan föräldrarna och sjuksköterskan baserad på ömsesidig respekt

gjorde det möjligt för sjuksköterskan att poängtera problem som kan påverka barnet och på så vis stödja familjen (a.a.).

Sjuksköterskors syn på första mötet med familjer och deras nyfödda barn har studerats i en svensk studie (Jansson, Petersson & Udén, 2001). I resultatet framkom tre huvudkategorier som var viktiga för sjuksköterskans möte med föräldrar och barn, nämligen att skapa tillit, att skapa en stödjande miljö och att bilda sig en uppfattning om familjens livssituation. Genom att lyssna och vara perceptiva kunde sjuksköterskorna bilda sig en uppfattning om familjens behov och lägga grunden för en god relation. Genom att ha en holistisk hållning kunde sjuksköterskorna ge vård med hög kvalitet i form av individuella råd, stöd och bekräftelse (a.a.).

Enligt en intervjustudie utgick sjuksköterskor ifrån att mödrar med spädbarn förväntade sig en vänlig och tillitsfull sjuksköterska som var lätt att prata med och de poängterade hur viktigt det var med ett positivt samspel med modern (Fägerskiöld et al., 2000). Sjuksköterskan har ett dubbelt uppdrag att både stödja föräldrarna och identifiera riskfaktorer för barnets utveckling och hälsa. Sjuksköterskorna tog upp ”dolda” problem som de beskrev som att de kände på sig att allt inte stod rätt till. Det kunde exempelvis vara att modern inte verkade kunna uppfatta barnets signaler och på så vis inte kunde sörja för det ordentligt. Om så är fallet är det en viktig uppgift för sjuksköterskan inom barnhälsovården att hjälpa modern med att förstå sitt spädbarns signaler (a.a.).

En australiensisk intervjustudie undersökte fäders känslor och föreställningar om föräldraskapet och deras förväntningar och syn på föräldrarollen (Halle, Dowd, Fowler, Rissel, Hennessy, MacNevin & Nelson, 2008). Fäderna i studien uttryckte en frustration över att de råd de fick från barnmorskor och barnhälsovården inte fungerade i praktiken eller att de inte förstod dem. Studien beskrev att sjuksköterskan i barnhälsovården har en stor möjlighet att stötta fäder och hjälpa dem att utveckla sitt självförtroende och sina färdigheter som förälder (a.a.).

Salzmann-Erikson och Erikson (2013) fann att fäder såg sjuksköterskan som en opersonlig representant för barnhälsovårdens system. De upplevde råd från barnhälsovården som professionella och upplevde att de kom från någon de kunde lita på. Trots detta såg de

kommentarer och kritik som något personligt riktat mot dem själva. Barnhälsovården kontaktades för praktisk hjälp och stöd. För emotionellt och psykologiskt stöd använde fäderna istället internetforum (a.a.).

### *Att vara förälder*

Att bli förälder innebär en stor omställning med både positiva och negativa känslor (Jansson & Drevenhorn, 2009). En finsk studie visade att moderns coping-förmåga som förälder påverkades av barnets humör eller hur aktivt eller krävande barnet var (Tarkka et al., 2000). Även moderns anknytning till barnet påverkade samt om mamman fick amningen att fungera. Relationen med partnern visade sig även vara viktig i hur hon hanterade sin nya situation då hennes partner eller barnets far var den viktigaste stödpersonen för modern. Även andra personer i moderns omgivning var viktiga, framför allt mammans egen mor (a.a.).

Flera studier har visat att män kan känna ett utanförskap i samband med att de får barn (Fletcher & StGeorge, 2011; Salzmänn-Erikson & Erikson, 2013). Fletcher och StGeorge (2011) undersökte vilket stöd fäder söker och ger vid tiden för första barnets födelse och hur diskussioner via internetforum kan möta deras specifika stödbehov vid denna tid. Det framgick att fäderna kände sig osynliga och utanför (a.a.). Salzmänn-Erikson och Erikson (2013) studerade hur fäder diskuterar sina upplevelser av barnhälsovården i internetforum. De fann att fäderna kände sig som andrahandsföräldrar inom kvinnans område. Mycket av det stöd som gavs av mödravården och barnhälsovården gällande barnet riktades till modern (a.a.). Tarkka et al (2000) fann i sin studie att fadern är en viktig stödperson för modern i föräldraskapet. De diskuterade att sjuksköterskan inom barnhälsovården därmed borde bjuda in fäder att delta mer i barnhälsovårdens aktiviteter och därmed kunna rikta stöd och råd till båda föräldrarna (a.a.). Fadern har ett tudelat dilemma när han blir förälder eftersom rollen som familjeförsörjare lever kvar samtidigt som förväntningar finns att han ska fungera som fysiskt och känslomässigt stöd till sin partner utanför arbetstid (Halle, Dowd, Fowler, Rissel, Hennessy, MacNevin & Nelson, 2008).



## Stöd

Enligt en statlig utredning varierar stödet som erbjuds föräldrar mellan olika kommuner i Sverige (SOU 2008:131). Utredningen redovisar att det finns ett välstrukturerat föräldrastöd inom mödra- och barnhälsovården, till stor del i form av föräldragrupper och andra former av stöd (a.a.).

Familjers behov av tidigt stöd har redovisats som behov av stöd inom föräldraskap, uppfostran, vård av barn, parets relation och sociala nätverk (Häggman-Laitila, 2002). Behovet av tidigt stöd ökade om barnet eller föräldrarna hade hälsoproblem, om det fanns socioekonomiska problem eller vid familjekriser. Även föräldrarnas utmattningsgrad samt känsla av otrygghet som förälder påverkade behovet av stöd (a.a.). En studie som undersökte trötthet hos föräldrar visade att många föräldrar kunde drabbas av utmattning under en period efter barnets födelse. Detta kunde bero på föräldrarnas sömnkvalitet och vilket socialt stöd föräldern hade (Cooklin et al., 2011).

Då de flesta föräldrar har regelbunden kontakt med barnhälsovården har sjuksköterskan där en stor möjlighet att stötta föräldrar (SOU 2008:131). Därför är det betydelsefullt att få kunskap om hur föräldrar upplever det stöd de får av sjuksköterskan inom barnhälsovården.

## Syfte

Syftet var att beskriva föräldrars upplevelse av stöd från sjuksköterskan inom barnhälsovården i Skåne under barnets första levnadsår.

## Metod

Kvalitativ metod med induktiv ansats användes. Kvalitativ metod med induktiv ansats avser att studera människors erfarenheter, exempelvis upplevelser av ett fenomen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Induktiv ansats innebär att texter som är baserade på människors upplevelser analyseras förutsättningslöst (a.a.). En lämplig metod för datainsamling anses

vara enskilda intervjuer på grund av den kunskap som intervjuer genererar (Polit & Beck, 2012). Då syftet med studien var att beskriva upplevelser användes kvalitativ metod i form av enskilda intervjuer.

## **Urval**

Strategiskt urval användes. Syftet med strategiskt urval är att välja ut deltagare utifrån vilka som kan bidra med mest information utifrån studiens frågeställning (Henricson & Billhult, 2012). Därför söktes informanter i verksamheter som har kontakt med spädbarnsföräldrar, som barnavårdscentraler och öppna förskolor. Den förälder som vid tillfället för intervjun hade tätast kontakt med barnhälsovården intervjuades.

De som inkluderades i studien var föräldrar med barn som följde det lokala basprogrammet inom barnhälsovården. Båda föräldrarna skulle vara över 18 år och barnet mellan två och tolv månader. Föräldrar till barn med funktionsnedsättning eller långvarigt sjuka barn eller barn som vårdats på neonatalavdelning exkluderades. Även föräldrar till adoptivbarn exkluderades, liksom icke svensktalande föräldrar. Dessa familjer exkluderades för att de speciella behov som dessa familjer kunde förväntas ha inte skulle påverka resultatet.

Totalt anmälde 14 personer intresse för studien. Av dem deltog 13 personer, varav en exkluderades efter intervjun då det under intervjun framkom att den personen inte uppfyllde inklusionskriterierna. Av de tolv föräldrar som slutligen ingick i studien var tio mammor och två pappor. Fyra av föräldrarna hade fler än ett barn. Föräldrarna var mellan 25 och 36 år. Barnen var mellan tre och elva månader. Sju av barnen var flickor och fem var pojkar.

## **Instrument**

Semistrukturerade intervjuer genomfördes. Denna metod lämpar sig väl när forskaren har en lista med förutbestämda ämnesområden som ska beröras under intervjun (Polit & Beck, 2010). Respondenterna uppmuntrades att tala fritt kring det valda forskningsområdet. En

intervjuguide användes som stöd för att kontrollera att samtliga ämnesområden täcktes in under intervjun (a.a.).

Intervjuguiden (Bilaga 1) bestod av två öppna frågor. Till varje fråga knöts ämnesområden som skulle täckas in under intervjuns gång. Efter att den första frågan ställts uppmuntrades respondenten att tala fritt kring ämnet. Om samtliga ämnesområden täcktes in utan att båda frågorna ställts ställdes enbart den första frågan. Frågor som ”Kan du berätta mer?” eller ”Hur menar du då?” användes för att fördjupa samtalet eller för att be respondenten att förtydliga något som de berättat om. Frågor om de specifika ämnesområdena ställdes i slutet av intervjun om dessa områden inte berörts av respondenten. Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas. Bakgrundsinformation om föräldrarnas och barnets kön och ålder samlades in.

## **Datainsamling**

Kontakt togs med olika organisationer som har verksamhet som riktar sig till föräldrar med barn som var tolv månader eller yngre. Tio barnhälsovårdsenheter kontaktades i sydvästra Skåne. Tre tackade ja till deltagande, tre tackade nej och fyra svarade inte på förfrågan. Av de tre som tackade ja skickades information ut till samtliga men godkännande erhöles endast från två då den tredje inte svarade. Kontakt togs även med åtta församlingar i Svenska kyrkan som erbjöd spädbarnsverksamhet samt två kommunala öppna förskolor. De öppna förskolorna svarade inte på förfrågan. Av församlingarna tackade tre ja, en nej och övriga svarade inte. Godkännande erhöles från två församlingar. Den tredje församlingen hade ingen möjlighet att ta emot oss under den tidsperiod som passade studiens tidsplan.

Ett informationsbrev om studien skickades till verksamhetschefen vid respektive verksamhet. I informationsbrevet anhölls om tillstånd om att få sätta upp information om studien på enheterna, alternativt att författarna kom och informerade i spädbarnsverksamheten. Skriftligt medgivande inhämtades från verksamhetschefen vid respektive verksamhet före studiens start.

Vid de deltagande barnhälsovårdsenheterna hade föräldrarna möjlighet att lämna en intresseanmälan i en förseglad låda. Författarna hämtade lådorna med intresseanmälningarna på enheterna varannan vecka och ringde upp föräldrarna inom två veckor. Vid samtalet gavs mer ingående information om studien, att deltagande var frivilligt samt att konfidentialitet garanterades. Om föräldern gav sitt muntliga samtycke till att delta bestämdes tid och plats för intervju. Därefter skickades skriftlig information med samtyckesblankett till föräldrarna via e-post. Föräldrarna uppmanades att ta kontakt med författarna vid eventuella frågor eller återbud. Skriftligt samtycke lämnades i samband med intervjun. Två intresseanmälningar inkom från barnhälsovårdsenheterna. En av dessa intervjuades, den andra svarade inte trots flera kontaktförsök.

I övriga verksamheter kom författarna och informerade föräldrar vid föräldraträffar. Information om konfidentialitet och att deltagandet var frivilligt lämnades. Intresserade föräldrar kunde sedan välja om de ville anmäla intresse till författarna direkt eller via telefon. Samtliga respondenter som hittades på detta sätt anmälde intresse direkt till författarna varpå tid och plats för intervju bokades. Respondenterna fick då skriftlig information om studien antingen direkt eller via e-post. Respondenterna uppmanades att ta kontakt med författarna vid eventuella frågor eller återbud. Skriftligt samtycke lämnades i samband med intervjun.

Intervjuerna var mellan 15 och 30 minuter långa med ett medelvärde på 23 minuter. Sex intervjuer genomfördes i deltagarnas hem. En intervju genomfördes i Lunds Universitets lokaler. Övriga intervjuer genomfördes i deltagande församlingars lokaler. Intervjuerna genomfördes i lugna, avskilda rum. Alla intervjuer utom två genomfördes av båda författarna tillsammans. Den ena författaren intervjuade och den andra var bisittare. Författarna turades om med de olika rollerna vid olika intervjuer. De intervjuer som genomfördes av enbart en författare berodde på att den andra författaren inte kunde delta vid den tid som respondenten önskat. En pilotintervju genomfördes före studiens start. Efter detta förändrades inte intervjuguiden. Pilotintervjun ansågs vara av god kvalitet och inkluderades därför i studien.

En av författarna har arbetat inom akut barnsjukvård och därmed träffat många spädbarnsföräldrar i sitt yrke. Ingen av författarna har tidigare varit i kontakt med barnhälsovården, varken privat eller i arbetet, mer än under den verksamhetsförlagda delen av distriktssköterskeutbildningen. Av den anledningen anses förförståelsen vara begränsad.

## Databearbetning

Intervjuerna transkriberades ordagrant. De analyserades med innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Det transkriberade materialet lästes flera gånger för att få en övergripande bild av det. Därefter togs meningsbärande enheter fram för att sedan kondenseras. De kondenserade enheterna kodades och sorterades sedan in i underkategorier.

Underkategorierna samlades sedan i huvudkategorier. Vid innehållsanalys är analysprocessen dynamisk och under processen får forskaren gå kontinuerligt från helheten till de meningsbärande enheterna och tillbaka till helheten (a.a.). Detta skedde genom att författarna genom hela analysprocessen diskuterade med varandra och gick tillbaka till intervjuerna för att få en bild av helheten vid oenigheter.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
För den har man ju ett stort behov av. För det märkte vi ju sen när vi väl träffades att alla ville ju träffas och alla kunde ju och hade massor att prata om.	Behov av att träffa andra i samma situation eftersom de hade mycket att prata om	Behov av att träffa andra i samma situation	Stöd genom social samvaro	Att få stöd i föräldrarollen
Hon har lärt känna vår dotter också. Så det gör ju att hon känner igen henne och det gör ju att [...]. Det kan va viktigt.	Det är viktigt för föräldern att sjuksköterskan känner dottern	Sjuksköterskan ska lära känna barnet	Trygghet i relationen till sjuksköterskan	Att känna förtroende för sjuksköterskan

## Etisk avvägning

Vid forskning på människor ska etiska regler enligt Helsingforsdeklarationen följas (World Medical Association, 2013). Deklarationen följdes genom att respondenterna i studien informerades om syfte och metod med studien samt att deltagandet var frivilligt och konfidentiellt. De informerades även om att deras pågående vård, det vill säga kontakten med barnhälsovården, inte påverkades av att de deltog eller avböjde att delta i studien. Vidare informerades respondenterna om att deltagande i studien kunde avbrytas när som helst under studiens gång utan att orsak behövde anges (a.a.).

Skriftligt medgivande från verksamhetschefen inhämtades. Respondenterna lämnade skriftligt samtycke i samband med intervjun. Allt material avidentifierades efter att intervjuerna genomförts. Det förvarades så att endast författarna och deras handledare hade tillgång till det och att det förstörs när uppsatsen blivit godkänd (World Medical Association, 2013).

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden tar upp de fyra etiska principerna: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (Sykepleiernes Samarbeid i Norden [SSN], 2003). Principen om autonomi belyser vikten av att respektera individens värdighet, integritet och sårbarhet samt individens rätt till självbestämmande. Principen om att göra gott innebär att det ska finnas potentiell nytta för omvårdnaden av de grupper som forskningen gäller. Forskningens behov får aldrig gå före hänsynen för den enskilda individens välmående. Principen om att inte skada betyder att forskningen inte får åsamka deltagarna någon skada. Principen om rättvisa innebär att forskarna ska behandla samtliga deltagare lika (SNN, 2003).

Projektplanen har skickats till Vårdvetenskapliga Etiknämnden, Lunds Universitet, som lämnat ett rådgivande yttrande med nummer VEN 55-14.

## Resultat

I analysen framkom två huvudkategorier och sju underkategorier (tabell 2). I huvudkategorin *Att känna förtroende för sjuksköterskan* belystes föräldrarnas behov av att känna tillit till

sjuksköterskan och att sjuksköterskans kunskap och bemötande kunde påverka förtroendet. I *Att få stöd i föräldrarollen* poängterar föräldrar behovet av stöd och vägledning från sjuksköterskan och andra sociala kontakter.

Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Att känna förtroende för sjuksköterskan	Trygghet i relationen till sjuksköterskan
	Sjuksköterskans bemötande
	Sjuksköterskans tillgänglighet
	Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet
Att få stöd i föräldrarollen	Sjuksköterskan som skyddsnät
	Sjuksköterskan som vägledare
	Stöd genom social samvaro

### Att känna förtroende för sjuksköterskan

Att känna förtroende för sjuksköterskan i barnhälsovården var viktigt för föräldrarna. Förtroendet och relationen var till viss del beroende av hur väl sjuksköterskan och föräldern kom överens, något som kunde förklaras med att det rörde sig om personkemi. I kategorin ingår underkategorierna *Tryggheten i relationen till sjuksköterskan*, *Sjuksköterskans bemötande*, *Sjuksköterskans tillgänglighet* och *Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet*.

#### *Trygghet i relationen till sjuksköterskan*

Det var viktigt att känna förtroende och tillit till sjuksköterskan. Detta kunde skapas genom att föräldrarna kände sig trygga och de betonade att de uppskattade en rak kommunikation med sin sjuksköterska. Det var viktigt att sjuksköterskan var tydlig i sin kommunikation och var ärlig. Om sjuksköterskan verkade osäker blev det ett bekymmer då föräldern inte kunde ta fasta på det sjuksköterskan informerade om i de fallen.

Föräldrarna tyckte att det var av betydelse att ha en god relation till sin sjuksköterska. Det gjorde att det blev en positiv upplevelse att gå till barnhälsovården med barnet. Det var en trygghet för föräldrarna att de upplevde att sjuksköterskan kände dem och deras familj så att sjuksköterskan visste vilka de var när de tog kontakt med barnhälsovården. Att sjuksköterskorna kände igen barnet och kom ihåg eventuella problem och frågor som föräldrarna brukade ställa när de träffades var viktigt för föräldrarna.

*Jag upplever att hon känner igen mig, att hon vet vem jag är. Det är inte så att hon måste kolla i datorn vad jag heter eller vad barnen heter utan hon kommer ihåg mig.  
(R1)*

Det var också viktigt att uppleva att sjuksköterskan var engagerad i familjen. Föräldrarna uttryckte glädje över att sjuksköterskan även frågade om övriga familjemedlemmar vid besöken.

*[...] liksom kollar hur jag mår och (tystnad) ja... hur det är hemma med alltså familj och [pappan] liksom och så här. Så hon är väldigt intresserad och... (R2)*

Genom hembesöken lade sjuksköterskan grunden till relationen med familjen. Besöken var mycket uppskattade av både mammorna och papporna. Det var deras första möte med barnhälsovården och genom hembesöket upplevde de att de fick en god start på relationen. Vid de tillfällen som hembesöket av någon anledning uteblivit upplevdes det som stressande och otryggt.

*Speciellt om man är helt ny [förstagångs]förälder, då hade hembesök varit jätteskönt. [...]. Just det att det känns kanske att de vet hur jag har det. (R1)*

Föräldrarna såg det som en trygghet att veta vilken sjuksköterska som hade hand om deras barn. När det blev omorganiseringar på barnhälsovårdsenheten och de blev tvungna att byta sjuksköterska kunde det skapa oro för hur framtida besök i barnhälsovården skulle bli. Det gällde även i de fall där föräldrarna skulle byta barnhälsovårdsenhet vid exempelvis flytt.



*Jag förstår ju att folk säger upp sig men alltså... Som förälder vill man ändå veta vem man ska ha och gå till, om det är kontinuerligt eller om det är mer tillfälligt. (R7)*

En förälder hade själv valt att byta sjuksköterska då hon inte trivdes med sin förra sjuksköterska. Föräldern ansåg att den nya sjuksköterskan hade bättre kontakt med barnet. En förälder ansåg däremot att det inte var så viktigt att ha en nära relation till sjuksköterskan och det fungerade bra för henne.

### *Sjuksköterskans bemötande*

Det var betydelsefullt att sjuksköterskan gav ett gott intryck och föräldrarna betonade vikten av sjuksköterskans bemötande, exempelvis hur frågor besvarades. Bemötandet kunde påverka föräldrarna både positivt och negativt. Det kunde påverka relationen mellan dem och skada tilliten om föräldern inte upplevde att sjuksköterskan hade ett gott bemötande. Sjuksköterskan skulle vara tillmötesgående och lätt att prata med och ha överseende med att barnet gjorde saker som i vissa situationer kunde uppfattas som generande.

*Så man känner ju... det är liksom inget jobbigt om [dottern] skriker sig igenom hela undersökningen eller kissar på vågen... Nä men alltså såna saker som man själv tycker att "men vad pinsamt!". (R13)*

Betydelsen av bemötande var särskilt tydligt i situationer där föräldrarna upplevde att sjuksköterskan hade visat ett dåligt bemötande. I en föräldragrupp hade sjuksköterskan varit bitsk och nedlåtande mot föräldrar. Det hade även upplevts att föräldrar förväntades veta vilka rutiner som gällde på barnhälsovårdsenheten utan att ha fått någon information om dem. Föräldrarna kunde känna sig utkörda om sjuksköterskan upplevdes som ointresserad och nonchalant.

*Ah hon var ju värsta (suck) monstret alltså. [...] Det var liksom in och så av med kläder och väga och så 'hejdå ni får gå nu' och okej... hann inte ens fråga våra frågor och så här liksom, jättedålig var hon verkligen. (R2)*

Föräldrarna ville bli sedda som individer och känna att sjuksköterskan lyssnade på dem. Det var viktigt att sjuksköterskan bekräftade att det kunde finnas besvärliga stunder som förälder och det upplevdes som stöttande när hon tog deras oro på allvar även om föräldrarna kände att det rörde sig om banaliteter. Om sjuksköterskan gång på gång avfärdade föräldrarnas oro så upplevde de till slut att de inte togs på allvar.

*Inga frågor har känts dumma. Hon förstår att vi är oroliga och är bra på att lugna. Avdramatiserar det oftast, utan att förlöjliga vår oro, kanske men ändå kunna visa att ”men nä de är inte så mycket att oroa sig för”. Sånt har varit väldigt viktigt. (R9)*

Föräldrarna ansåg att sjuksköterskan hade en svår uppgift eftersom alla föräldrar är olika och behöver olika saker i mötet. Men det var trots detta viktigt att sjuksköterskan var lyhörd och flexibel och kunde gå utanför de programpunkter som fanns vid besöket. Det kunde skapa frustration om sjuksköterskan inte anpassade sig efter personen hon hade framför sig.

*Jag förstår att man har punkter och prickar man måste följa men att man inte är så låst till dem. Varje barn är ju liksom unikt, det finns ingen mall man kan följa på alla barn, känner jag. Så att man kan få lite så... känna av lite vad den mamman och det barnet behöver, så att man inte blir helt låst vid det. (R7)*

### *Sjuksköterskans tillgänglighet*

Föräldrarna fann stöd i att känna att sjuksköterskan i barnhälsovården var lättillgänglig. Det handlade både om att enkelt få kontakt med sjuksköterskan och att föräldrarna upplevde att de fick den tid som behövdes vid besöken.

Föräldrarna uttryckte ett behov av att känna att de kunde få kontakt med sjuksköterskan i barnhälsovården när de hade frågor. Det kunde både vara telefonkontakt för att få svar på olika frågor gällande barnet och möjligheten att komma obokade på öppen mottagning för extra vägning och mätning. När föräldrarna inte direkt fick kontakt med sjuksköterskan kunde de lämna ett meddelande till henne varpå hon ringde tillbaka. Det upplevdes som

betydelsefullt att sjuksköterskan på detta vis fanns till hands. Dock uttrycktes även att det kunde vara svårt att ringa till sjuksköterskan då det kändes som att de störde.

*Man kan ringa till henne och man känner den tryggheten att hon bryr sig och så, så det är bra tycker jag. (R11)*

Det var viktigt att känna att tiden räckte till vid besöken i barnhälsovården. Föräldrarna kände oftast att de inte var till besvär eller tog för mycket tid på sig vid besöken. Det fanns de föräldrar som uttryckte att de nästan hade för mycket tid och inte lyckades fylla ut den tid de hade fått avsatt av sjuksköterskan. Däremot tyckte de även att de hade behövt mer tid och att sjuksköterskan kunde upplevas som stressad. Föräldrarna ansåg att det var problematiskt om de upplevde att de inte fick den tid de behövde.

*Det jag tycker har varit jobbigast är kanske att det är så lite tid. Att man känner sig alltid lite stressad. Framförallt i början när man hade som mest frågor. [...] Så man hann inte ställa några följdfrågor kanske till de frågor man hade ställt. (R5)*

### *Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet*

Sjuksköterskan skulle vara professionell och ha god yrkeskunskap. Föräldrarna uttryckte att det var en trygghet att sjuksköterskan hade erfarenhet och kunde svara på frågor. De förväntade sig att sjuksköterskan kunde svara på alla frågor och det var viktigt att kunna lita på svaren. Sjuksköterskan sågs som någon som gav tillförlitliga svar.

*För att ok, man kan läsa mycket på nätet och så, men där känns det inte riktigt tillförlitligt på samma sätt. (R3)*

Det var en trygghet för föräldrarna att sjuksköterskan hade lång erfarenhet av att arbeta inom barnhälsovården och var kompetent inom sitt yrke. I de fall där sjuksköterskan avfärdade föräldrarnas oro men föräldern senare fått reda på att det var något som var fel så sänkte det föräldrarnas tillit till sjuksköterskans kompetens även i andra frågor. Om sjuksköterskan förbisåg något kunde föräldern börja tvivla på sjuksköterskans yrkeskunskap.

*Sådant sänker ju lite trovärdigheten, plus att det gör, som förälder, att man är mer påstridig då, och det gör ju kanske också tyvärr att nästa gång det är nånting så tar man inte hennes svar som... det enda rätta, utan... man är kanske lite mer benägen att åka till barnakuten, eller ta kontakt med vårdcentral och så vidare. (R5)*

Det sågs som positivt att sjuksköterskan var insatt i systemet och därför kunde ta reda på vad som behövde göras i de fall barnhälsovårdsprogrammet behövde anpassas till barnets individuella behov. Föräldrarna uttryckte även att de upplevde det som viktigt att sjuksköterskan hade god kontakt med barnen och kunde avleda dem vid obehagliga undersökningsmoment.

### **Att få stöd i föräldrarollen**

Några föräldrar uttryckte en önskan om att få mer stöd i föräldrarollen även om majoriteten ansåg att det stöd de hade fått var bra och de kände sig trygga. Alla föräldrar såg sjuksköterskan i barnhälsovården som någon att vända sig till för att få vägledning. En förälder uttryckte att hon såg sjuksköterskan som "en mentor i föräldraskapet". I kategorin ingår underkategorierna *Sjuksköterskan som skyddsnät*, *Sjuksköterskan som vägledare* och *Stöd genom social samvaro*.

### *Sjuksköterskan som skyddsnät*

Sjuksköterskan sågs som någon som följde barnets utveckling och föräldrarna litade på att de skulle bli meddelade om det var något som inte stämde. Därigenom sågs sjuksköterskan som ett skyddsnät vilket var en trygghet för föräldrarna. Föräldrar uttryckte att det kändes skönt att inte behöva fundera själv på hur det står till med barnet. Det var en trygghet att sjuksköterskan och barnhälsovården kontrollerade att barnet växte och gick upp i vikt så att de själva kunde koncentrera sig på att vara föräldrar. Det handlade också om att sjuksköterskan följde familjen och kunde fånga upp eventuella problem. Föräldrarna önskade även bekräftelse på att allt var som det skulle med barnet och att de levde i en säker miljö i

hemmet. En del föräldrar uttryckte att det var skönt att de fått tidig kontakt med barnhälsovården när de blivit utskrivna från sjukhuset och kommit hem med barnet för första gången.

*Man ska bara komma ihåg liksom tiden man ska va där, sen så löser de liksom allt annat. Det är ju fantastiskt. Så det är jätteskönt. (R13)*

Det sågs som ett stöd att det fanns ett väletablerat system för barnhälsovården så att föräldrarna inte själva behövde fundera på när det var dags för kontroller av barnet. Detta var särskilt tydligt för två föräldrar som hade erfarenhet av barnhälsovård i länder där det inte fanns något program att följa.

*Man har ju en massa frågor, framför allt när det är första barnet så man kan känna sig väldigt ensam och utelämnad när man har... Alltså det känns som om man måste lösa allting själv, så kände jag [utomlands], för att de har ingenting sådant där. [...] Så jag är väldigt tacksam att det finns BVC. (R6)*

Vissa föräldrar uttryckte däremot att de själva fick ta mycket ansvar. En av föräldrarna berättade om en situation där hon själv tog reda på om dottern behövde extra vaccinationer inför en utlandsresa och konstaterade att det ligger i förälderns eget ansvar att ta reda på vad barnet behöver. En mamma hade inte fått den hjälp hon behövde av sjuksköterskan i barnhälsovården i samband med amningsproblem utan fick istället själv söka vård vid annan instans.

Att sjuksköterskan inte bara hade fokus på barnet utan även frågade föräldrarna hur de mårde angavs som viktigt. Ytterligare stöd kunde då ges genom att sjuksköterskan förmedlade samtalskontakt om det behövdes.

*Alltså de är duktiga på att fånga upp om man är lite orolig eller om man behöver prata med någon. Jag hade lite såhär hormonellt efteråt, jag behövde lite stöd där, mycket i gungning, då fick jag direkt kontakt med en förlossningspsykolog. (R5)*

När barnet blev äldre och besöken glesades ut kunde det ses som en otrygghet eftersom familjen inte längre hade den täta kontakten med sjuksköterskan. Däremot ansåg en annan förälder att barnet blivit undersökt så många gånger när besöken glesades ut att barnhälsovården inte var lika viktig längre.

### *Sjuksköterskan som vägledare*

Sjuksköterskan var en vägledare i föräldrarollen. Föräldrarna vände sig till sjuksköterskan med frågor och funderingar. Hon var någon att rådfråga när nya saker hände med barnet, exempelvis när det var dags att introducera mat. Vissa föräldrar uttryckte ett behov av att sjuksköterskans råd var konkreta och lätta att följa. Många föräldrar uttryckte frustration över att de inte fick raka svar på sina frågor medan några var nöjda med att sjuksköterskan rådde dem att göra det som kändes bäst för dem själva. Om föräldern fått olika råd från olika håll kunde det leda till förvirring och osäkerhet. En förälder uttryckte att det var svårt om sjuksköterskan lämnade över ansvaret för samtal vid besök i barnhälsovården till föräldern. Föräldern ville inte vara den drivande utan ville att sjuksköterskan skulle ta initiativ i samtalet genom att ställa frågor.

Sjuksköterskan fungerade som ett bollplank där föräldern kunde diskutera frågor och få stöd i att ta bra beslut. Flera föräldrar uttryckte att de behövde mest stöd i början när barnet var nyfött och att de inte behövde lika mycket stöd när de fick fler barn. De ville ha bekräftat av sjuksköterskan att de beslut de tog var bra och riktiga.

*Jag har nog alltid känt att jag vill ha lite input, framförallt med första barnet. Alltså jag tror inte att man är född till att kunna uppfostra barn, det märkte jag ju ganska tydligt också när barnet kom, jag hade ingen aning om vad jag skulle göra. (R10)*

Det var ett problem för flera föräldrar att skifta fokus efter förlossningen från sig själv och sin kropp till barnet. Föräldrarna önskade mer stöd i föräldrarollen och fokus på dem som föräldrar. En förälder tyckte att det hade underlättat övergången om de fått mer information från mödrahälsovården om vad som skulle hända efter att barnet är fött. Däremot poängterade en förälder att barnhälsovården var till för barnet och det var viktigt att det var barnet som var

i fokus vid besöken. En aspekt som kom upp var att rollerna i relationerna förändras när första barnet kommer, både till familj, vänner men också till partnern. Det var något som flera föräldrar uttryckte att de inte hade väntat sig och därför hade önskat mer stöd från sjuksköterskan.

*Ja det är ju ett nytt liv liksom, och... alla omställningar, och relationen till sin man liksom, ja allt det där händer också. Det tror jag att man skulle kunna lyfta mer. Och även i de här föräldragrupperna kanske. (R3)*

### *Stöd genom social samvaro*

Att dela en social samvaro med andra föräldrar upplevdes som ett stöd. Flera föräldrar uttryckte att det var viktigt med de sociala kontakterna och att de hade behov av att träffa andra vuxna. Den sociala samvaron kunde skapas i föräldragrupperna som barnhälsovården organiserade. Föräldrarna önskade stöd från sjuksköterskan för att skapa goda förutsättningar för att lära känna andra föräldrar i föräldragruppen. Många föräldrar upplevde att sociala kontakter med andra föräldrar, både i och utanför föräldragruppen, gav en möjlighet att dela erfarenheter med varandra.

*Jag har hört av andra också att de har tyckt [...] att de som är förstaföräldrar har tyckt att det har varit skönt med andra föräldrar som har mer erfarenhet för då kan de fråga liksom mer hur det är. (R6)*

Utöver föräldragrupperna sökte sig föräldrarna även till andra i sin omgivning, framför allt sina vänner och egna föräldrar. Det fanns ett behov hos föräldrarna att få råd och stöd från någon annan än sjuksköterskan. För att fylla detta behov vände de sig till bekantskapskretsen.

Att inte få ta del av ett socialt sammanhang kunde upplevas som svårt. En mamma hade inte börjat gå till barnhälsovården förrän barnet var några månader gammalt. Hon uttryckte besvikelse över att ha blivit utestängd från den sociala samvaron i föräldragruppen.

*Ibland så känner jag så att det kanske är för sent för mig att komma in på mammagrupp när [dottern] var redan tre månader, alla mammor hade träffats veckovis i typ tolv veckor så man hade kanske känt sig utanför. Men... jag tror nästan hon skulle ha frågat om jag ville det. (R4)*

En mamma upplevde att papporna hamnade utanför den sociala samvaron och att det kunde vara svårt för dem att bli delaktiga i föräldragemenskapen. Hon ansåg att papporna på detta sätt inte fick samma möjlighet att få stöd från andra föräldrar.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Kvalitativ metod i form av enskilda intervjuer användes då syftet var att beskriva en upplevelse. Enskilda intervjuer anses vara en mycket lämplig metod för datainsamling vid kvalitativa studier (Polit & Beck, 2012). Genom intervjuer ges en möjlighet att förstå respondentens upplevelser då respondenten får möjlighet att själv berätta om sina erfarenheter (Danielson, 2012). Trovärdigheten i en studie påverkas av fyra olika faktorer, giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Överförbarhet innebär att forskningsresultatet går att överföra till andra sammanhang. Det går endast att göra om metoden är utförligt beskriven (a.a.). Författarna har försökt beskriva och diskutera metoden så utförligt som möjligt för att öka trovärdigheten.

Intern validitet kan säkras genom att söka respondenter som skapar det bästa underlaget för att få svar på frågor som relaterar till syftet (Malterud, 2009). Syftet var att beskriva stödet från sjuksköterskan i barnhälsovården, därför intervjuades den förälder som hade tätast kontakt med barnhälsovården vid tillfället för intervjun. Det innebar att den förälder som var föräldraledig intervjuades eftersom det i samtliga fall var den föräldern som gick med barnet till barnhälsovården.

På grund av svårigheter att rekrytera respondenter endast genom att sätta upp information på barnhälsovårdsenheter valde författarna att aktivt informera om studien inom de verksamheter



som gav sitt medgivande till detta. Då författarna själva kom till verksamheterna och informerade föräldrar om studien vid föräldragruppsträffar kan det tänkas att föräldrarna känt sig uppmanade att delta i studien. Det kan även tänkas att genom att prata med föräldrarna innan intervjun så fick de veta lite om författarna och syftet med studien vilket kunde påverkat deltagandet positivt.

Giltighet innebär att resultatet speglar innehållet i datamaterialet och ger svar på forskningsfrågan (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Giltigheten kan påverkas av urvalet, datainsamlingsmetod samt mängden data (a.a.). Den valda urvalsmetoden var god för att finna respondenter som kunde berätta om sina upplevelser inom barnhälsovården. Det är möjligt att det hade varit mest relevant att hitta respondenter enbart genom barnhälsovården. Då de allra flesta småbarnsföräldrar i Sverige har kontakt med barnhälsovården, även om de deltar i andra verksamheter, ansågs det lämpligt att söka informanter i andra verksamheter än inom barnhälsovården, exempelvis öppna förskolor. Det kan även tänkas att urvalet breddats genom att respondenterna rekryterades inom andra verksamheter än på barnhälsovårdsenheter. Spridningen blev större då respondenterna var registrerade på flera olika barnhälsovårdsenheter.

Flest mammor intervjuades. Det beror troligtvis på att det oftast är de som tar ut den största delen av föräldraledigheten under barnets första levnadsår. Detta kan tänkas ge en ojämn bild av resultatet då mammor och pappor kan ha olika upplevelser av barnhälsovården.

Intervjuguiden (Bilaga 1) bestod av två öppna frågor med ämnesområden knutna till varje fråga. Danielson (2012) har beskrivit att en semistrukturerad intervjuguide kan bestå av mer än en fråga. Frågorna ska inte vara för detaljerade och intervjuaren ska inte vara för styrd av intervjuguiden utan snarare använda den som ett stöd att gå tillbaka till vid behov (a.a.). Intervjuguiden användes på detta sätt i studien men då författarna var oerfarna intervjuare kan det ha varit så att intervjuguiden fick styra samtalet alltför mycket.

När en intervjuguide är utformad bör den testas i en provintervju innan den börjar användas (Danielson, 2012). Därför gjordes en pilotintervju före studiens start. Efter pilotintervjun gjordes inga ändringar i guiden då den ansågs fungera väl. Pilotintervjun kan även användas som övningstillfälle för att träna på att intervjua (Kvale, 1997). Författarna diskuterade efter

pilotintervjun hur intervjutekniken skulle kunna förbättras i framtida intervjuer. Pilotintervjun inkluderades i studien då den ansågs tillräckligt informationsrik.

Antalet intervjuer baseras på behovet och de avslutas när ingen ny information kan utläsas ur intervjuerna utan att teman och kategorier i analysen upprepas (Polit & Beck, 2010). Vid den sista intervjun framkom ingen ny information varför datainsamlingen avslutades. Totalt analyserades tolv intervjuer. Kvale och Brinkman (2009) har beskrivit att mellan 5 och 25 intervjuer kan behövas beroende på intervjuernas informationsrikedom samt forskarens tidsperspektiv och resurser.

Trost (2010) har påpekat att tidsåtgången för intervjun är avhängig av ämnesområdet och den intervjuades situation. En intervju bör inte vara för kort, men inte heller för lång. En lång intervju kan visa brist på respekt för respondenten och dålig planering av intervjun (a.a.). Få men långa intervjuer kan ge ett djupare material än många och korta (Kvale & Brinkman, 2009), medan Yin (2013) beskrivit att kvalitativa intervjuer kräver större tidsåtgång än strukturerade intervjuer. Då intervjuerna endast varade mellan 15 och 30 minuter kan det tyckas kort tid för att få den djupa information som avses med kvalitativa intervjuer. En intervju kan, trots att den initialt verkar otillräcklig, ändå vara rik på innehåll (Trost, 2010). Det finns risk att korta intervjuer inte ger så rik information att analysen blir tillräckligt djupgående. Intervjuerna var trots sin korta längd rika på information och ansågs därför av tillräckligt god kvalitet för att kunna användas.

Platsen för intervjun kan ha inverkan på intervjuens kvalitet (Trost, 2010). Intervjun bör ske i en ostörd miljö utan åhörare där respondenten känner sig trygg (a.a.). Många intervjuer genomfördes i Svenska kyrkans lokaler. Vid de flesta av dessa intervjuer var barnet vaket och satt med vid intervjun. Respondenterna hade då tagit med sig leksaker eller mat som barnet kunde sysselsätta sig med under intervjun. Flera intervjuer genomfördes i respondentens hem under en tid då barnet sov. Dessa intervjuer var längre och mer ostörda och gav ofta ett djupare samtal då respondenten och intervjuerna inte avbröts av att barnet behövde uppmärksamhet.

Även intervjuarnas oerfarenhet antas ha påverkat längden på intervjuerna. Det krävs kunskap för att kunna genomföra en intervju (Danielson, 2012). Kvale och Brinkman (2009) beskriver

att intervjuandet är en svår konst som tar tid att lära sig. Det blev tydligt då intervjuerna blev längre och gav djupare information allteftersom fler intervjuer genomfördes.

Datainsamlingsprocessen är dynamisk och intervjuerna utvecklas under processens gång (Graneheim & Lundman, 2004). Det innebär att intervjuerna får fortlöpande nya insikter i arbetet vilket gör att intervjuerna blir bättre på att ringa in frågeställningsområdet (a.a.).

Tystnad kan kännas obehaglig (Trost, 2010). Som intervjuare är det viktigt att inte vara rädd för tystnaden utan utnyttja den för att fördjupa intervjun (a.a.). Även detta är något som kan ha påverkat intervjuerna. Vid transkription av intervjuerna kunde intervjuerna höra att tystnaden tidvis kunde uppfattas som besvärande och att följdfrågor därför ställdes snabbt.

En styrka var att båda intervjuerna deltog vid alla intervjuer utom två. Det finns risker med att vara två intervjuare då den intervjuade kan känna sig i underläge (Trost, 2010). Det är dock en fördel att vara två i de fall intervjuerna är oerfarna. Att vara två intervjuare kan även ge större informationsmängd och förståelse (a.a.). Att båda intervjuerna närvarade vid de flesta intervjuer var även en fördel vid analys av materialet då de kunde diskutera intervjuerna med varandra och båda kunde minnas exempelvis respondentens ansiktsuttryck och ironi under intervjun.

Intervjuerna turades om att intervjua och vara bisittare. Detta kan tänkas ha påverkat innehållet i intervjuerna då de två intervjuerna kan ha ställt följdfrågor på olika sätt och bisittarens notering kan ha skiljt sig åt mellan de två personerna. Samtidigt var det en styrka att båda intervjuerna var med vid alla intervjuer utom två då detta innebar att intervjuerna blev snarlika.

Tillförlitlighet kan stärkas genom att författarna under hela analysprocessen återkommande diskuterar koder och kategorier samt att analysprocessen är väl beskriven (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Under analysens gång diskuterade författarna fortlöpande meningsbärande enheter, koder och kategorier för att säkerställa att de överensstämde. Det är viktigt att de lämpligaste meningsbärande enheterna tas ut samt att inga meningsbärande enheter utelämnas för att de inte passar in i någon kategori eller passar in i flera kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbärande enheterna ska inte heller vara för små eller för stora då detta kan leda till fragmentering eller att enheterna har flera olika betydelser

(a.a.). Detta säkerställdes genom att författarna vid osäkerhet gick tillbaka till helheten i texten för att åter skapa sig en bild av dess innebörd.

Delaktighet innebär till vilken grad författarna påverkar föremålet för studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna är delaktiga i att skapa texten eftersom intervjun är ett samspel mellan intervjuaren och respondenten, därför kan resultatet av en kvalitativ studie aldrig vara helt oberoende av författarens förförståelse (a.a.).

Bias har försökt begränsas genom att författarna har reflekterat över sin förförståelse (Polit & Beck, 2010) samt att ingen av författarna har haft någon större kontakt med barnhälsovården. Flera respondenter rekryterades via Svenska kyrkans spädbarnsverksamhet vilket gjorde att författarna inte visste vid vilken barnhälsovårdsenhet barnet var anknutet.

## **Resultatdiskussion**

Av resultatet framkom att sjuksköterskan kunde stötta föräldrar på flera olika plan i deras föräldraskap. Det mest framträdande i resultatet var föräldrarnas behov av stöd och trygghet, vilket de förväntade sig få tillgodosett av sjuksköterskan. Tryggheten och stödet var tätt sammanvävda där stöd från sjuksköterkan skapade trygghet för föräldrarna och tryggheten var stöttande i sig. Tryggheten skapades på flera olika sätt. Föräldrarna ville ha en god relation till sin sjuksköterska och känna förtroende och tillit. Det uppnåddes med ett gott bemötande från sjuksköterskan och att föräldrarna upplevde att sjuksköterskan kunde sitt yrke och visste vad hon pratade om. Stöd kunde också förmedlas genom de föräldragrupper som sjuksköterskan ordnande. Föräldrarna ville att sjuksköterskan skulle hjälpa dem att få kontakt med andra i samma situation och därigenom få stöd av andra föräldrar.

I analysprocessen framkom att föräldrarna önskade stöd inom många områden samtidigt. Sjuksköterskan och barnhälsovården skulle ge stöd i föräldrarollen, ge tips och råd om barnet och dess utveckling, kunna hänvisa till andra sjukvårdsinstanser, vara en trygghet för föräldrarna och skapa sociala nätverk. En svensk intervjustudie ser liknande tendenser som visade att sjuksköterskan upplevde att föräldrarna förväntade sig att sjuksköterskan skulle vara en "mirakelgörare" som hade svar på alla problem och frågor (Fägerskiöld & Ek, 2003).

I resultatet framkom att föräldrar var positiva till det första tidiga mötet i hemmet med sjuksköterskan när barnet var nyfött. De upplevde det som att de fick en chans att lära känna sin sjuksköterska och att sjuksköterskan lärde känna familjen vilket lade en god grund för den fortsatta relationen. Detta stämmer väl överrens med fynden i en svensk fokusgruppsstudie där sjuksköterskor ansåg att första mötet var viktigt för att skapa en god relation till familjen (Jansson, Petersson & Udén, 2001). Hembesöken sågs som en viktig del i att skapa tillit och få en god uppfattning om familjens livssituation vilket i sin tur var en viktig del för att skapa en god och jämlik relation. Första mötet sågs som en början på en process för att lägga en stabil grund för en lång och hållbar relation (a.a.). Då föreliggande studie visar att föräldrar kunde uppleva den goda relationen till sjuksköterskan som stöttande är det viktigt att sjuksköterskan tar sig tid att skapa den goda relationen från början.

Flera föräldrar beskrev att de ansåg att det var viktigt att sjuksköterskan lyssnade på dem och tog dem på allvar. De ville också ha individuella råd som passade dem och deras barn. Det är något som Jansson, Petersson och Udén (2001) fann var viktigt även för sjuksköterskan i barnhälsovården. Att lyssna utan förutfattade meningar och se familjen var viktigt. Det var viktigt att vara lyhörd och flexibel för att anpassa sig efter familjens behov och ge råd anpassade till familjen utifrån den bild sjuksköterskan fått från det första hembesöket (a.a.). Detta var något som föräldrarna i föreliggande studie också eftersökte och ansåg var viktigt. Det var också värdefullt på vilket sätt sjuksköterskan lyssnade på föräldern; om sjuksköterskan negligerade föräldern eller problemen kunde det leda till att föräldern kände sig förbisedd. Bandura (1997) beskriver att en persons tilltro till sin förmåga kan påverkas negativt om de blir förringade. Det kan därför tänkas att föräldrarnas tilltro till sin förmåga som förälder kan minska om det upplevs att sjuksköterskan inte tar föräldern på allvar. Däremot anser författarna att sjuksköterskan inte bör förstora upp föräldrarnas oro för ett obetydligt problem. Det skulle kunna leda till att för stort fokus hamnar på fel saker och problem kan skapas som kanske inte fanns från början.

Föräldrarna upplevde det som ett stort stöd att barnhälsovården fanns och sjuksköterskan var hjärtat i verksamheten. Det upplevdes som en trygghet att sjuksköterskan var tillgänglig genom telefonkontakt eller öppna mottagningar. Även Fägerskiöld och Ek (2003) fann att mödrar förväntade sig att de kunde kontakta sjuksköterskan hur ofta eller hur sällan de själva

önskade och att sjuksköterskan var en stöttepelare i barnhälsovårdens verksamhet. Genom att sjuksköterskan i barnhälsovården är tillgänglig känner sig föräldern trygg. Föräldrarna vill ha möjlighet att kontakta sjuksköterskan när som helst och ställa vilka frågor som helst utan att uppleva att de stör. Vetskapen om att det finns någon att vända sig till om behovet finns skapar en känsla av trygghet hos föräldern.

Flera föräldrar uttryckte att de behövde uppleva att de hade gott om tid med sjuksköterskan vid besöken. Även Rautio (2012) fann att föräldrar ansåg att det var viktigt att få gott om tid tillsammans med sjuksköterskan. Flera föräldrar i föreliggande studie upplevde att de fick för lite tid när de träffade sjuksköterskan i barnhälsovården. Detta kan tänkas bero på hur sjuksköterskan lägger upp besöket och planerar för frågorna. Om sjuksköterskan kan förbereda föräldern på att besöket börjar ta slut och frågar om det finns fler frågor att ställa så kan det inverka positivt på upplevelsen av att föräldern har fått mycket tid (Eide & Eide, 2009). Föräldrarna påverkades även av upplevelsen av sjuksköterskans bemötande. Om sjuksköterskan utstrålar stress kan det tänkas påverka föräldrarnas upplevelse negativt. Om sjuksköterskan istället är lugn och inger en lugn miljö blir upplevelsen positiv. Upplevelsen av tid med sjuksköterskan var en viktig aspekt för alla respondenter. Det kan tänkas att detta beror på att tiden påverkade tillfredsställelsen med besöket och på så vis även hur föräldrarna uppfattade vilket stöd de fick.

Flera föräldrar uttryckte att de upplevde att det var lättare att hantera föräldraskapet när andra barnet föddes. Det kan bero på att föräldern har lärt sig av tidigare erfarenheter och upplever sin tilltro till den egna förmågan som förälder som större (Bandura, 1997). En finsk enkätstudie visade att föräldrar till fler än ett barn känner större tilltro till sin förmåga som förälder än förstagångsföräldrar (Salonen, Kaunonen, Åstedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho & Tarkka, 2009). Det visar att förstagångsföräldrar kan behöva mer stöd i föräldraskapet än de som har flera barn. Biehle och Mickelson (2011) såg ett samband mellan moderns förväntningar på föräldraskapet före födseln och hennes upplevda tilltro till sin förmåga som förälder efter födseln. Även enligt Bandura (1997) finns det ett samband mellan stor tilltro till sin förmåga som förälder och mammans välbefinnande, anknytning till barnet och förmåga att anpassa sig till den nya föräldrarollen.

Föräldrarna i föreliggande studie upplevde att det var viktigt med socialt stöd från vänner, familj och andra i samma situation. Det uppnåddes genom kontakt med andra föräldrar via föräldragrupper som organiserades av sjuksköterskan. Ett samband mellan socialt stöd från familj och vänner och stor tilltro till sin förmåga som förälder har bekräftats i en studie av Leahy-Warren, McCarthy och Corcoran (2011). Att se att andra i liknande situationer klarar av hinder är något som Bandura (1997) tagit upp som en viktig faktor för att stärka tilltron till sin förmåga. Det kan förklara behovet av sociala kontakter med andra föräldrar där erfarenheter utbyts. Föräldrars behov av social samvaro är något som sjuksköterskan borde vara medveten om och därmed visa större engagemang i föräldragrupperna för att öka föräldrarnas möjligheter till socialt stöd från andra föräldrar.

Flera föräldrar uttryckte att sjuksköterskan var bra på att fånga upp dem i de fall de själva mår dåligt. Det var tvärtom vad som framkom i en finsk studie där föräldrar upplevde att de inte fick stöd från sjuksköterskan i de fall de kände sig nedstämda (Rautio, 2012). Genom att stötta föräldrar som mår dåligt kan sjuksköterskan förhindra att föräldrarna får problem med anknytningen till sitt barn (Bandura, 1997). Det gör att stödet till föräldrar som mår dåligt är centralt för sjuksköterskans hälsofrämjande och långsiktiga arbete. Föräldrar med större tilltro till sin förmåga som förälder blir mindre påverkade av olika stressfaktorer (Bandura, 1997). Genom att stärka föräldrarnas tilltro till sin förmåga som förälder blir de mindre känsliga för andra problem i livet och det psykiska välbefinnandet kan antas öka. Det kan även tänkas att de då blir bättre föräldrar för att de orkar ta hand om sitt barn och inte överför sin oro på barnet.

Det framkom att föräldrarna behövde bli bekräftade i att det de gjorde som föräldrar var bra och riktigt och att de tog kloka beslut angående barnet. Föräldrarna upplevde det som en trygghet att sjuksköterskan skulle säga till när något var fel. De eftersökte stöd och bekräftelse från sjuksköterskan. Samma behov sågs i en studie av Fägerskiöld och Ek (2003) där mödrar förväntade sig att sjuksköterskan berättade när något var fel. Även sjuksköterskor i barnhälsovården anser att föräldrar behöver stöd i föräldrarollen eftersom de är osäkra och inte litar på sin egen förmåga (Jansson, Peterson & Udén, 2001). Sjuksköterskorna ansåg det vara viktigt att stötta föräldrarna i att känna tilltro till sig själva och sin förmåga som förälder (a.a.). Detta ses även i en finsk studie där föräldrar upplevde att de blev verbalt bekräftade av sjuksköterskan som bra föräldrar till sina barn och att de var kompetenta (Rautio, 2012).

Enligt Bandura (1997) kan föräldrars tilltro till sin förmåga stärkas genom verbal uppmuntran och bekräftelse. Sjuksköterskan har därmed en viktig uppgift i att stödja föräldrar i deras föräldraskap och få dem att förstå att de är bra föräldrar till sina barn. Därigenom kan föräldrarna känna sig bekräftade och bli stärkta i sin tilltro till förmågan som förälder. På så vis fungerar sjuksköterskan som ett stöd i föräldrarollen.

## Konklusion och implikationer

Nyblivna föräldrar behöver olika typer av stöd både i sin roll som förälder och vid eventuella egna hälsoproblem. Barnhälsovården och sjuksköterskan sågs som en trygghet för föräldrarna dit de kunde vända sig för att få stöd i föräldraskapet. Genom att föräldrar känner trygghet i föräldrarollen ökar deras känsla av tilltro till sin förmåga som förälder och på så vis skapas bättre förutsättningar för goda uppväxtvillkor för barn.

Som blivande distriktssköterskor kommer författarna att möta spädbarnsföräldrar i många olika professionella sammanhang. Sjuksköterskor behöver vara medvetna om vilket stöd som föräldrar behöver och göra en individuell bedömning av dessa behov för att kunna hjälpa dem på bästa möjliga vis. Genom att bemöta föräldern på ett professionellt sätt och anpassa mötet efter individens behov skapas positiva upplevelser av mötet med sjuksköterskan.



## Referenser

- Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing*, 36, (5), 659-667.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Biehle, S., & Mickelson, K. (2011). Personal and co-parent predictors of parenting efficacy across the transition to parenthood. *Journal of social and clinical psychology*, 30, (9), 985-1010.
- Cooklin, A.R., Giallo, R., & Rose, N. (2011). Parental fatigue and parenting practices during early childhood: an Australian community survey. *Child: care, health and development*, 36, (5), 654-664.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning för distriktssköterska*. Danagårds.
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Fletcher, R., & StGeorge, J. (2011). Heading Into Fatherhood — Nervously: Support for Fathering From Online Dads. *Qualitative Health Research*, 21, (8), 1101– 1114.
- Fägerskiöld, A., & Ek, A-C. (2003). Expectations of the child health nurse in Sweden: two perspectives. *International Nursing Review*, 50, 119–128.
- Fägerskiöld, A. M., Wahlberg, A., & Ek, A-C. (2000). What child health nurses believe mothers with infants expect of them. *Nursing and Health Sciences*, 2, 83–91.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R., & Nelson, M. A. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31, (1), 57–70.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Häggman-Laitila, A. (2002). Early support needs of Finnish families with small children. *Journal of Advanced Nursing*, 41, (6), 595–606.

- Jansson, A., & Drevenhorn, E. (2009). Hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (s. 76-92). Stockholm: Liber.
- Jansson, A-K., Petersson, K., & Udén, G. (2001). Nurses' first encounters with parents of new-born children: public health nurses' views of a good meeting. *Journal of Clinical Nursing*, 10, (1), 140-151.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 228-397.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, M., Lindfors, A., & Tell, J. (2011). Stora skillnader i svensk barnhälsovården. *Läkartidningen*, 108, (35), 1618-1621.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rautio, S. (2013). Parents' experiences of early support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 927-934.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää A-L., Isoaho H., & Tarkka, M-T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65, (11), 2324-2336.
- Salzmann-Eriksson, M., & Eriksson, H. (2013). Fathers sharing about early parental support in health-care – virtual discussions on an Internet forum. *Health and Social Care in the Community*, 21, (4), 381-390.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2012). *Sammanställning av vägledande dokument för barn- och skolsköterskor – Danmark, England, Finland, Norge och Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn: Medicinska födelseregistret 1973-2012, Assisterad befruktning 1991-2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2008:131. *Föräldrastöd – en vinst för alla: Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). *Etiske retningslinjer for omvårdningsforskning i Norden*. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden.
- Tarkka, M-T., Paubonen, M., & Laippala, P. (2000). First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of advanced nursing*, 31, (1), 20-26.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- World Medical Association. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtat 23 februari, 2014, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Yin, K. R.(2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

## Intervjuguide

Förälderns ålder \_\_\_\_\_

Barnets ålder \_\_\_\_\_

Barnets kön \_\_\_\_\_

Mamma / Pappa

- Berätta vad som är viktigt för dig som förälder när du träffar sjuksköterskan från barnhälsovården?
  - Stöd
  - Önskemål / behov
  - Positiva / negativa upplevelser
  - Situationer
  
- Hur upplever du relationen till sjuksköterskan inom barnhälsovården?
  - Trygghet / tillåtande miljö
  - Kommunikation
  - Intresse från sjuksköterskan
  
- Har du något mer du skulle vilja ta upp som har haft betydelse i ditt möte med sjuksköterskan inom barnhälsovården?

### *Stödfrågor för intervjuarna*

- Kan du berätta om en situation när du upplevde att du fick stöd från sjuksköterskan i barnhälsovården?
- Kan du berätta om en situation som du upplevde på ett annat sätt?
- Hur upplever du stödet som du får av sjuksköterskan inom barnhälsovården?
- Har du funderat på några tänkbara förbättringar?